

第2回 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施
の推進に向けたプログラム検討のための実務者検討班
議事録

厚生労働省保険局高齢者医療課

第2回 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進に向けた
プログラム検討のための実務者検討班
議事次第

日 時:令和元年5月31日(金) 10:00~12:04
場 所:厚生労働省専用第21会議室(17階)

1. 開 会

2. 議 事

(1) 事例発表、ヒアリング(自治体)

- ・新潟県後期高齢者医療広域連合
- ・千葉県船橋市
- ・福島県南相馬市
- ・北海道札幌市

(2) 意見交換

3. 閉 会

第2回 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の推進に向けた
プログラム検討のための実務者検討班（令和元年5月31日）議事録（案）

○事務局 それでは、定刻となりましたので、ただいまから第2回「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進に向けたプログラム検討のための実務者検討班」を開催いたします。構成員の皆様方におかれましては、お忙しい中、御出席を賜りまして、まことにありがとうございます。

続きまして、資料の確認をさせていただきます。厚生労働省におきましては、審議会等のペーパーレス化の実施に伴いまして、資料は皆様方にお配りいたしておりますタブレットでご覧いただくこととさせていただきます。

また、本日、事例発表等がございますので、それにつきましては、後ろのモニターにも映させていただきますので、適宜見やすいほうで御参照いただければと思います。

資料は、開催要綱、座席図のほか、議事次第、資料1から資料4及び参考資料につきまして、ファイルが保存されてございます。なお、本検討会につきましては、率直な意見の交換を確保する必要がありますことから、非公開としております。

また、本日の資料は、議事録とともにホームページに掲載する予定といたしております。前回の議事録につきましても、御確認いただきまして、ありがとうございます。お名前等は落とした上でホームページには掲載させていただきたいと存じます。

それでは、ここからの進行は班長にお願いいたしたいと思っております。班長、よろしくお願いいたします。

○班長 皆さん、おはようございます。今回は5月22日でしたので、記憶もまだまだ新しいところで第2回が開けるということで、今日も活発な御議論をよろしくお願いいたします。

今日は議題にありますように、まず事例発表、ヒアリングを4人の構成員から発表していただきまして、その後、意見交換ということでございます。

その前に、まず復習にもなるのですけれども、参考資料07になってはいますが。「プログラム検討班において主に議論いただきたい論点」、これは前回お示しいただいた論点ですが、後の意見交換のときに、またこの論点に基づいて深掘りできるような意見交換をしたいと思っております。ここに記載されている実施の趣旨や医療専門職等の配置、KDBシステム、事業メニューのあり方、事業実施体制のあり方、個人情報のあるあり方、事業のエビデンス等について、事例の中から学べることや、さらに深掘りしたほうが良いことなどについて、意見交換をさせていただければと思っております。

本日の進め方でございますが、まず議事次第にございますように、新潟県後期高齢者医療広域連合、千葉県船橋市、福島県南相馬市、北海道札幌市の順番に、それぞれの取り組みについて御発表いただき、その後、質疑と意見交換をまとめて行いたいと思っております。

なお、時間の都合上、お一人につき15分程度でお願いしたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

このような進め方でよろしいでしょうか。

それでは、初めに新潟県後期高齢者医療広域連合から、よろしくお願いたします。

○構成員 おはようございます。新潟県後期高齢者医療広域連合です。

私からは、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な取り組みについて、お話しさせていただきます。

新潟広域が主体となり取り組んでいる保健事業3つを御紹介します。これは第2期データヘルス計画の中で取り組んでいる保健事業10あるうちの3つとなります。いずれの事業も対象地域は新潟市です。私どもの広域連合の事務局は新潟市にあり、新潟市とは連絡調整しやすい環境にあります。また、新潟県の後期高齢者の3分の1を新潟市で占めていることから、健康寿命の延伸や医療効果の底上げを目指すという点で、新潟市を最初の対象地域に選びました。

まずは、在宅訪問栄養食事相談事業からお話しします。これは平成29年度から始めた事業ですが、そもそも新潟市との連携に至った経緯、きっかけは、新潟県広域連合において、第2期データヘルス計画策定の過程で、新潟の高齢者は、年齢が上がるにつれて、BMI20未満の割合が高くなることがわかりました。それを改善するため、他県の取り組みを参考に、新潟でも取り組んでみようとして広域連合が新潟市に話を持ちかけ、関係するであろう関係課を一堂に集めてもらい、広域連合が事業説明をしたものです。それにより、互いに何ができるのか、役割分担はどうするかなど、具体的な意見交換ができ、新潟市からは、共同事業の同意が得られました。

では、一体的な実施につながった要因は何か、なぜうまくいったのかを考えてみました。

一つには、業務を委託できる新潟県栄養士会があったことが大きいです。新潟広域連合にかかわって栄養相談業務を遂行してくれる委託先があったからこそ、事業実施に向けて動くことができました。

次に、新潟市は医師会との密着が高いことです。新潟市と医師会は、事業ごとにさまざまな委員会やワーキングでつながっており、協力体制が得られやすい土壌であると感じます。医師会からは、事業の企画段階から、さまざまな助言をいただきました。

次に、広域連合と新潟市の目標が一致していました。目指すところが一緒だったので、同意が得られたのだと思います。

最後は、何ととっても、広域連合と市の職員に熱意があったからだと思います。熱い思いが多くの人を巻き込み、よい方向へと動かしたのではないのでしょうか。

栄養相談の目的と対象者です。低栄養状態あるいはフレイル状態の高齢者に対し、管理栄養士が自宅に訪問し、個々の状態に合わせた栄養相談を行うことで、栄養改善及び心身機能の低下を予防するものです。対象者は、新潟市在住の後期高齢者医療制度の被保険者のうち、在宅で生活しながら、BMI21.5未満、かつ6カ月で2キロ以上の体重減少があった方としました。KDBシステムを用いて、前年度の健診結果から対象者を抽出し、広域連合から直接申込書を郵送して、事業参加を募りました。

また、被保険者と直接かかわりのある地域包括支援センターやケアマネジャー、医師からの協力を仰ぎ、それぞれの活動の中で栄養相談が必要な方を見つけたときには、紹介してもらっています。

事業内容としましては、訪問栄養相談を行う管理栄養士の育成研修、事業全体のコーディネート新潟県栄養士会へ委託しています。そして、管理栄養士が原則6カ月間に3回の訪問と1回の電話、もしくは手紙で支援を行うものです。

実施体制図はご覧のとおりです。この事業の特徴は、新潟市と共同事業の協定を結んでいることと、お医者様と深く関わっているところです。栄養相談を申し込みされた方の情報を医療機関からもらい、その情報提供を受けて、この訪問栄養相談が行われています。桃色で示している医師が提供する5番の医師の留意事項がその情報です。同じように、地域包括支援センターからも5番の利用者基本情報をもらい、その方とどういったかかわりをしているのか情報提供してもらい、この相談事業が終了した後は、結果をそれぞれに返しています。

具体的な連携内容を御紹介します。後期高齢者は、フレイルが顕著に進行する特性を持っているので、介護サービスなどのほかの支援部署へのつなぎや、事業終了後の見守り体制の構築が必要と考え、新潟市の地域包括ケアを担当する課と共同事業の協定を結びました。

協定で得られたメリットは、介護部署とつながりを持てたこと、そして、新潟市の事業であると公に位置づけたことにより、市民や内部に周知がスムーズとなりました。

新潟県栄養士会には、在宅訪問管理食事相談事業を委託しています。そして、新潟市医師会からは「医師の留意事項」の作成手数料の設定であるとか、書式のアドバイス、また、医師会の会報を使って、会員向けに事業周知をしていただきました。

30年度の栄養相談の結果です。栄養相談を行った人数は65人でした。申請勧奨した702人のうち、65人が訪問相談につながり、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所から紹介された人は22人でした。

参加者の変化としては、BMIは訪問1回目と3回目を比較したものです。3回訪問を受けた58人のうち、6カ月間でBMIが増加または維持した率は81%で、47人に変化が見られました。

また、生活改善の変化として「体に良い変化があらわれた」「気持ちに良い変化があらわれた」と回答した人の割合が65.5%となり、栄養相談を実施した人の半数以上の方が改善があったと回答しています。

また、平成30年度から開始したフォローアップ訪問相談事業の結果ですが、前年度に3回の訪問相談を完了した51人に対し申請勧奨したところ、15人の方から申し込みがありました。

フォローアップにおける参加者の変化ですが、体重は半数以上の方が1キロ以上増加・維持しているものの、BMIでは、増加・維持していた方は半数に満たなかったです。これは

前回の事業終了時からフォローアップが行われるまでの約6カ月間で、痩せや重症化の度合いが進んでいることをあらわしています。

ですが、悪いことばかりではなく、うれしい変化もありました。栄養相談を受けてからの変化では「買物内容が変わった」「食事のバランスが良くなった」との回答や、今後の目標は体重5キロふやすことなど、みずから目標を設定するなど、前向きな行動が見られました。「何も気を付けなかった」と回答した人はゼロ人で、参加者の意識の高さもうかがえました。

関係機関との連携部分については、本人同意のもと、相談結果を地域包括、居宅介護支援事業所、医療機関にお返ししています。この事業は3回の訪問で終わってしまうので、その後もどこかにつながる、見守る、支援が続くように結果を返しています。

栄養相談に取り組み、見えた課題です。参加者が集まらず参加率が低いこと、対象地域の拡大には人材の確保が難しいこと、栄養相談完了後も継続した支援を望む声があることです。

今後の方向性としては、後期高齢者の低栄養防止の必要性をもっと啓発すること、医師から御意見をいただきながら、抽出要件を見直すこと、毎年関係者で集まり事業改善してきた評価会議を今後も継続すること、訪問栄養相談を行う管理栄養士の育成と新規メンバーの勧誘に力を入れること。

それと、今の体制で地域を拡大するには、受け入れ体制や活動できる人材のエリアが限られてしまいます。市町村を巻き込みながら一体化に向けた準備を進め、今、模索しているところです。

次に、在宅要介護者歯科訪問事業です。これは27年度から始めた事業です。

新潟市との連携に至ったきっかけは、そもそも県が要介護者を対象に訪問歯科保健指導を行っていましたが、新潟市は政令都市であるため、県の対象事業から外れており、新潟市は新潟市の事業として、訪問歯科健診を行っていました。しかし、さまざまな諸事情により、平成27年3月で事業が終了しました。

同じころ、県が、要介護者が必要な歯科治療、口腔ケアを受けられていない実情を公表すると、新潟市歯科医師会から後期高齢者を対象とした訪問歯科健診をやりたいと広域連合に申し入れがありました。

事業実施のためには、要介護者を取り巻く関係者と連携体制を整える必要がありましたので、広域連合から新潟市の介護認定担当課に協力依頼を持ちかけたという経緯になります。

では、一体的な実施につながった要因は何か、なぜうまくいったのかを考えてみました。

一つには、業務を委託できる新潟市歯科医師会があったことです。そして、先方からぜひやりたいと名乗り出てくださったことです。

そして、歯科医師会には、新潟市と委託契約していたノウハウがあったことも大きな要因です。

目的と対象者はご覧のとおりです。広域連合では、昨年まで新潟市の介護情報がなく、対象者の抽出ができなかったため、先ほどの栄養相談と違って、広域連合から申請勧奨は行わずに、本人・家族からの申請もしくはケアマネジャーからの申請代行により事業参加者を募りました。

事業内容は、希望者に対し、歯科医師及び歯科衛生士が自宅を訪問し、歯科健診を実施し、その結果を担当するケアマネジャーに提供しました。

実施体制は、広域連合が新潟県歯科医師会へ業務委託しています。新潟市には協力依頼を行い、介護認定3から5の方の介護認定結果通知書を送付する際に、事業チラシを同封してもらっています。これにより、対象者に漏れなく周知できる体制となりました。

体制図をご覧ください。この事業で連携しているところは、新潟市と新潟市歯科医師会、居宅介護支援事業所が主なところです。

事業結果ですが、平成30年度の参加者の変化、治療に結びついた集計というものは、レセプトの都合上、7月にならないと結果が出ませんので、ここでは29年度の実績を載せています。参考までに、平成30年度に実施した人数は101人でした。そして、30年度も約8割の方がケアマネジャーからの申請代行によるものでした。

連携部分についてです。歯科健診の結果をケアマネジャーにお渡しし、同時に健診後の動向アンケートを実施しておりますが、「ケアプランに口腔ケアを取り入れた又は取り入れる予定」と回答があったのは38.3%でした。資料には17.8%とありますが、38.3%の間違いでしたので、この場をかりて訂正いたします。

在宅歯科健診の課題と方向性はご覧のとおりです。介護を行う家族の負担は大きく、口腔ケアまで気が回らないことも参加率が低い一つの要因と考えますが、この事業の効果をより高めるためには、健診後にケアマネジャーによってケアプランへ取り組んでもらうことが望ましいです。ですが、実際に介護を行う家族の負担は大きく、口腔ケアは後回しになりがちで、家族の意識の高まりや家族による支援の継続が必須であるため、焦らずに進めていきたいところです。

次に、服薬相談事業です。これは29年度から実施している事業です。

新潟市との連携に至った経緯ですが、新潟に限らず、後期高齢者は医療のかかり方として重複・頻回受診や残薬が生じやすいという課題がありますが、新潟県の高齢者を調査したところ、相当数いることがわかりました。

そういった現状を新潟県薬剤師会に説明し、薬剤師による相談、調整の必要性について共通認識を得ることができました。そして、実際に動けるのは新潟市薬剤師会だろうということで、顔つなぎをしていただきました。

より多くの被保険者から事業対象者を抽出できるよう、新潟市でモデル的に実施しませんでしたかと広域連合が提案し、新潟市からは対象者リストのチェックや案内に広域連合との併記、この事業の問い合わせにも対応してもらった協力体制に同意をもらいました。

なぜうまくいったのか。新潟市には新潟市薬剤師会があったこと、新潟市薬剤師会がこ

の事業にかかわることで薬剤師の意識改革やスキルアップにつながる機会と捉え、前向きな姿勢で臨んでくれたことがあると思います。

服薬相談事業の目的と対象者は、記載のとおりです。

事業内容は、薬剤師が被保険者の自宅を訪問し、薬に関する相談や残薬調整を行います。相談実施シールをお薬手帳に張ることで、次回、かかりつけ薬局に行ったときに、相談結果を共有することができます。

また、かかりつけ薬局がその結果を受けてどのように対応したのかというものを、訪問はがきを使って薬剤師会へ報告することになっています。

実施体制は、広域連合が新潟市薬剤師会へ業務委託しています。新潟市には申請勸奨を行う前に名簿確認をしてもらっています。

実施体制図は、ご覧のとおりです。事業結果については、レセプトの関係でまだ比較ができず、29年度の実績を載せてあります。件数だけになりますが、服薬相談を行った人数、30年度は32人でした。連携部分については、30年度の実績になっています。相談者からは、残薬整理、介護の相談ができてよかったとの声が多く聞かれました。お薬手帳を使って相談内容をかかりつけ薬局と共有することができたこと、今後も継続した支援が期待できること、薬局の薬剤師の意識向上につながっていることが、効果として挙げられます。一方で、かかりつけ薬局での対応を確認したところ、医師への処方提案がなされたケースは、残念ながらありませんでした。

この事業の課題と今後の方向性です。課題は、参加者が集まらず、参加率が低いことです。その改善には、服薬に関する啓発をもっとしていかなければならないと思います。方法としては、かかりつけ薬局の窓口ですとか、薬剤師会が主催する講演会やイベント会場において、市民向け、薬剤師向けに積極的な呼びかけも重要であると思います。

最後に、どの事業でも言えることなのですが、事業内容や結果から導き出されるメリットによって、担当部署が違ったり、得られる協力も違ってきます。得られる協力は一律ではないので、個々の状況を見きわめて事業展開していく必要があると思っています。

以上で発表を終わります。

○班長 ありがとうございます。

広域連合が主体的に呼びかけて3つの事業をおこなった、比較的新しい取り組みになるかと思います。いろいろと示唆があったと思いますので、また後でよろしく願いいたします。

引き続きまして、千葉県船橋市の取り組み、よろしく願いいたします。

○構成員 船橋市でございます。

資料2をごらんください。船橋市における介護予防事業及び保健事業について、事例発表をさせていただきます。

船橋市についての記述でございますが、資料のとおりですが、人口が64万人を超えて、実は中核市の中で一番人口が多い市でございます。高齢者数は15万2000人、そして、船橋

市も前期と後期高齢者がついに入れかわったといった状況でございます。

3 ページ、本日御説明させていただく内容としましては、資料のとおりでございますが、2 番目では、私ども健康づくり課の組織、そして、介護予防と国保の保健事業の一体的な実施、一般介護予防事業の説明をして、それから、保健事業という流れで進めさせていただきたいと思っております。

4 ページ、地域包括ケアシステムの推進というところをごらんください。

5 ページ、船橋市におきましては、この地域包括ケアシステム、市長の公約にもなっておりまして、この5つの分野をそれぞれの部会をつくって事業を進捗させていっているといった内容でございます。

推進本部を立ち上げまして、本部長には副市長がつくと。各本部員には、例えば健康福祉局長ですとか、建設局長、病院局長並びに所管部長がつくといったところでございます。

介護予防・疾病予防、健康づくりの事業につきましては、私ども健康づくり課が事務局を務めて、予防部会で事業の計画ですとか進捗管理を日々行っているものでございます。

6 ページ、船橋在宅医療ひまわりネットワークというものを三師会を中心に立ち上げていただきまして、それぞれ5つの委員会を設置しているところでございます。これにつきましては、いわゆる医療・介護の連携を主な取り組みとしてやっておりますが、日々、この委員会が活動して、それぞれ医療・介護のネットワークを構築しているといったところでございます。

7 ページ、健康づくり課の組織について御説明をさせていただきます。

8 ページ、平成27年10月の組織改編により、予防事業の一元化を図るため、保健所内に設置をしたところでございます。

介護予防・疾病予防、健康づくりを一体的に実施するというところで、4係設置しております。まず1つ目が、特定健診・がん検診係でございます。2つ目が、予防接種係、3つ目、特定保健指導係がございます。括弧内につきましては、専門職の配置人数ということで、保健師6名、管理栄養士7名が配置されております。そして、介護予防推進係という係が4係目で、保健師、理学療法士、作業療法士がそれぞれ2名ずつ配置されております。

これを見ていただきますと、実は今の一体的事業を実施するというところの組織が、船橋市、既に組織的にでき上がっているといったものでございます。これにつきましては、いわゆる保健所設置市だからということで、政令・中核市ではなくても、それぞれの分野がそれぞれの自治体の中には存在しておりますので、これを一元化することによって、今回の一体化の最初のハードルはクリアできるのではないかと考えているところでございます。職員数は資料のとおりで、66名となっているところでございます。

9 ページ以降、国保保健事業と介護予防の一体的な実施についてということで、基本的な考え方、制度設計に当たって整理した項目について、10ページ以降で御説明をさせていただきます。

まず、制度設計に当たり整理した事項でございます。国保の保健事業は、いわゆるハイリスクアプローチによる個別支援として、介護予防事業はポピュレーションアプローチによる集団支援というような制度設計をいたしました。

朱書きでもありますけれども、介護予防事業を一体的な事業のプラットフォームとすることが非常に重要だと考えております。なぜならば、高齢者の社会とのつながり推進とあわせて、地域づくりを絡めた公衆衛生行政の充実を進めていく必要があるからです。

介護予防事業は、いわゆる「地域づくり・まちづくり」を、健康をキーワードに推進することができると考えております。なぜ「地域づくり・まちづくり」が必要かといいますと、特に「社会的フレイル」、この対象者の把握や予防が重要であり、次期介護保険事業計画には、このキーワードが必ず必要になってくると考えております。ですので、一体的な事業につきましては、先ほど御紹介しました、介護予防推進係が事業の実施主体として今後進めていきたいと考えているところでございます。

そこで、介護保険の事業がプラットフォームという部分でどのような基盤整備をしているかにつきまして、一般介護予防事業の取り組みを紹介させていただきます。

12ページ、「広報ふなばし」、これは昨年5月15日号の特集号でございますが、「みんなで取り組む健康づくり・介護予防」、ぜひこの市民の方の笑顔を皆さんには見ていただきたいと思っております。やはり、楽しみながら介護予防に取り組んでいただきたいところでございます。

そして、市民の方とともに目指している2つの目標がございます。「日本一健康で元気なまち」、そして「健康寿命日本一」という目標を掲げているところでございます。

13ページ、まずはデータの活用でございます。

14ページ、人口動態からの地区コミュニティの分析というところです。船橋、先ほど御紹介しましたように、人口64万人を超えてきております。その中で24の地区コミュニティが存在しておりますので、我々としましては、全市的な取り組みも必要ですけれども、コミュニティ単位でそれぞれ地区の分析をしていく必要があるだろうということで分析をした結果、事業につなげるといった内容でございます。

まずは高齢化率ですね。いわゆる高齢化率に差があるというところです。高い地区につきましては35%を超える地区が5地区、最高では39.2%、そして、低い地区は15%台といったところでございます。

15ページ、エビデンスに基づく地区コミュニティの分析も実施したところでございます。いわゆる日本老年学的評価研究、皆さん御存じのように「健康と暮らしの調査2016（JAGES）」に船橋市は参加をいたしました。全国39市町村が参加し、船橋市は高齢者における身体状況を示す指標が非常によいという結果が出ているところでございます。

ただし、その反面、ソーシャルキャピタル（連帯感）や友人、知人と会う頻度が高い人の割合が低い傾向であったというところです。

少し自慢話になってしまいますけれども、39市町村の中で「運動機能低下者の割合が最

も少ない」は第1位というところで、その他にも2位ですとか3位につきましては、資料のとおりでございます。

39市町村を比べる棒グラフを3点ほどつけております。まず「運動機能低下者割合」でございますが、一番左の赤の棒グラフが船橋市でございます。そして、参加した39の市町村、事務局に確認したら、同意を得られていないので市町村名は隠すようにということでしたので、ちなみに黄色が中核市で、黄緑色が政令市という形になっております。8という横のラインが平均ですので、船橋市は第1位でも平均よりもかなり低いということで、かなりいい結果だったというところがございます。

17ページ、「30分以上歩く者の割合」が、順位では3位というところで、平均より若干超えているところの第3位です。

次のページ、「ソーシャルキャピタル得点_連帯感」は、全体順位の27位でございますが、赤線の平均より若干低い位置のところの27位となっております。

それでは、全体の順位はわかったと。そのエビデンスをせっかく取ったのだから、それを24地区コミュニティに落とししていこう、評価しようといった取り組みが19ページ以降でございます。

先ほどの結果、実は24地区コミュニティごとにも対象者を分析できますので、今回は相対的に5段階評価をつけました。よかった項目、そして、改善が必要な項目ということで、比較検討を行いました。

例えば市内の特徴でございますが、よかった項目は、1日に30分以上歩く者の割合がどこそこの地区では高いね、閉じこもり割合はどこそこの地区で低いとか、こういう形でそれぞれ地区分析を行いました。

20ページ、例えば閉じこもり者割合というところでこの分析をしますと、赤いところが、いわゆる高い傾向にあるところですよ。そして、緑色は低い傾向にあるということで、これは先ほど全国1位の順位でも相対的に5段階の順位づけをしたといった内容でございます。

21ページでは、それぞれ地区コミュニティごとにこういう形で一覧表にしたものの一部を抜粋したもので、特に地域で改善が必要なもの等々もちゃんと分析をしました。そして、個人で取り組んでもらうもの、地域で取り組むものということで、コミュニティ単位でそれぞれピックアップをして、市民の方にフィードバックをしていったといった部分でございます。その取り組みにつきましては、後ほど事例紹介で説明をさせていただきます。

地区コミュニティの分析から見えてきたことでございます。いわゆる大都市圏の船橋市でも、地区コミュニティ単位で地区分析を行うことで、地区ごとの特徴として、よい項目や改善が必要な項目を確認することができる。

そして、市内全域で同じ事業をやっても余り効果が期待できないのではないかと。地区ごとの状況を把握した上で、それを高齢者にフィードバックして、それぞれ地域で取り組むものができるのではないかとということで整理させていただいたところがございます。

では、事業紹介、ここからは4事業ですけれども、駆け足で御説明をさせていただきます。

25ページ、「ふなばしシルバーリハビリ体操」というものを実施しております。これは発案者につきましては資料のとおりでございますが、市民が市民を支える。市民が自らボランティアでこの体操指導士の初級指導士になって、御自分の住みなれた地域、地区コミュニティの中で、自主的に教室を運営していただいているものでございます。

そして、期待する効果につきましては、介護保険の利用を少しでも遅らせることなのですけれども、介護が必要になっても介護が困難な状態にならないようにするといった目的もございます。

26ページ、初級指導士の養成目標は、2025年までに1,740人、そして、現在636人まで養成が進んでいるところでございます。

○の3つ目では、初級指導士の教室開催が、昨年度は81カ所、延べで1,313回、延べ参加者数は2万2000人を超えております。

さらに、平成30年度からでございますが、健康づくり課が主催して、全26公民館があるのですが、そこで月1回、週と曜日を固定して実施をしております。そこには市の職員である保健師、理学療法士、作業療法士が出向しているところでございます。延べ参加人数等につきましては、資料のとおりでございます。

定期開催の目的でございますが、高齢者にまずわかりやすい情報提供、そして、初級指導士の指導レベルの平準化ですね。やはりいい意味での金太郎飴化を目指している。

さらには、ケアプランにも生かしてもらおうということで、要支援の方ですとか、介護予防・生活支援サービス事業対象者の方のケアプランに予防給付ではないサービスを日頃からのケアプランに入れていただいて、ケアプランの終了後、地域の生活圏に戻ったときにも、そのままその高齢者の方が活動する場を日ごろから提供していく必要があるだろうというところで考えているところでございます。

参考までに、27ページには、26公民館の開催日程を全部掲げておりますので、後ほど拡大して見ていただければと思います。

28ページ、指導士の養成講習会ということで資料を付けさせて付けていただいておりますが、1日5時間で6日間にわたる30時間の講習を受けていただくといった内容でございます。

29ページ、「市民ヘルスマーケティング」というものを開催しているところでございます。これにつきましては、平成30年度に、先ほど言いました、いろいろ地区コミュニティの分析をしました。それを地区の方々にフィードバックしていく。そして、社会的フレイル、こういう問題があるのですよ、全てのフレイルの入り口ですよといったものを紹介させていただいております。

一番下、朱書きにありますけれども、ここには私ども特定保健指導係の保健師、管理栄養士も参加をしております。そして、保健センターの保健師、歯科衛生士、私どもの方の

介護予防推進係の保健師なども参加しておりますので、それぞれ部署は異なりますけれども、必ず保健師が参加をしているといった内容でございます。

30ページ、高齢者の方にそれぞれチャレンジシートというものを記入していただいて、これは半年間目標を立てていただくと。実際にA3の大きさをカラーなのですけれども、この目標を冷蔵庫等に張っておいていただくように、皆さんに取り組んでいただいているところでございます。

31ページ、グループワークの様式ですとか、講演会等も開催しているところでございます。

事例3につきましては、実は昨年度「健康スケール」というもので、高齢者の元気をはかる指標というものを作成しました。千葉大学の予防医学センターの協力を得て、高齢者の方の現在の元気度と、3年後の要支援・要介護のリスク、これをしっかり知ってもらおうという形で作成したところでございます。資料は後ほど御確認をしていただければと思います。

35ページには、こういう形で実際の船橋市の健康スケールといったものでございます。

36ページ、先ほど来言っているように、楽しみながら健康づくり・介護予防をやっしてほしいということで、この健康スケールの22の項目の一つに、指輪っかテストを入れさせていただいているところでございます。これは事前に書面で許可をいただいているものでございます。

38ページ、実際にこれから約7万人の高齢者の方にこの健康スケールを発送して、返信用の封筒に入れて返していただくと。返送率も高うございますので、約5万5000人の方から返信をいただいて、それぞれの方に健康スケールの結果通知という形でお返しをさせていただくといったものでございます。

実際にこれは結果通知の様式でございますが、丸1が元気度ということで、あなたの現在の元気度はということで「スマイル」という単位で返していく。そして、3年後の要支援・要介護のリスクはこれぐらいあるのだよといったところです。例えば元気度が102スマイル、100を超えているよ、でも、3年後の要支援・要介護のリスク評価は35%はあるよというところで、高齢者の方にはこういうものを認識していただきたいといったところでございます。今、御説明しましたものは後ろのほうに記載がございますので、後ほど御確認をしていただければと思います。

41ページ、日ごろから高齢者の方に伝えているのが、日常生活の中で楽しみながら健康づくり・介護予防をやっただきたいというところです。

そして、今までの高齢者の方の日常会話では、幾つになったのという年齢なのですけれども、これからの船橋市は、幾つになったといったら例えば104スマイルだよと、そういう元気度が市内で行き交うような形をとればいいなと考えているところでございます。

時間が押しておりますので、事例4につきましては、説明を割愛させていただきます。

国保データヘルスに基づく保健事業の取り組みでございます。

47ページ、標準化死亡比、心疾患が多い市でございます。

データヘルス計画につきましても作成をし、分析をさせていただいて、49ページでは、特定健診・特定保健指導、中核市の中では5年連続受診率が第1位でございますが、頭打ち、40代の参加率が低いというところで、今年度からAIを活用した受診勧奨の通知を実施するといったところでございます。

50ページ、慢性腎臓病対策事業、平成25年度より特定健診、これは後期高齢者健診も含まれますが、市独自で血清クレアチニンと尿酸の検査を追加し、始めたところでございます。非常に船橋市医師会の協力もいただいているところです。

51ページからは、保健事業の取り組みの成果というところで、CKD対策事業、25年度から実施をして、それぞれの実施状況につきましては、資料のとおりとなっております。

54ページ、丸2の糖尿病重症化予防につきましても、平成28年度から実施をしております。この実施に伴いまして、血清アルブミン値を特定健診と後期高齢者の健診に必須項目として追加をしたといったところです。

次のページは、医療機関との協働ということで、かかりつけ医との顔の見える関係の構築を進めているといった連携図になりますので、後ほど御確認ください。

次のページの一番上でございますが、実は昨年度、かかりつけ医との連携を図るために、市内約160の特定健診の協力医療機関があるのですが、全て特定保健指導係の保健師と管理栄養士が訪問して、膝と膝を突き合わせて、実際にその病院で受診した患者さんの専門医へのつなぎ方など、話し合いをさせていただいたところでございます。

57ページ、今後の課題と対応です。一番上だけ御説明をさせていただきます。医師だけでは全ての対象者に療養上の指導をきめ細かく行うのは物理的に困難ではないか、行政としてお手伝いをさせていただけることはあるのではないかというような評価に至ったところでございます。

58ページ、一体的事業への取り組みについて、朱書きでまとめさせていただいております。いわゆる重症化予防の保健事業を実施する上で、KDBにおいて受診状況を確認して、かかりつけ医がいる場合には、保健師助産師看護師法や、栄養士法の傷病者の療養上の指導と位置づけ、かかりつけ医の指示・指導のもと介入する取り組み、これを現在進めているところでございます。かかりつけ医あってのということです。

最後、結びになりますけれども、個人的な夢もあるのですが、船橋市に住むといながらにして健康になれるという評価をいただいて、「船橋市に住み続けたい・船橋市に住んでみたい」と言われるように「オールふなばし」で今後も健康づくりに取り組んでまいりたいと考えております。

船橋市の発表は以上でございます。ありがとうございました。

○班長 ありがとうございました。

船橋市の体制とか、継続的にさまざまな事業を組み立てられている様子を御紹介いただきました。

引き続きまして、福島県南相馬市、どうぞよろしくお願ひいたします。

○構成員 福島県南相馬市です。よろしくお願ひいたします。

南相馬市は、東日本大震災と原発事故で被災をしているものですから、特殊な事情がありますことを申しておきたいと思ひます。

まず、南相馬市の状況ですけれども、人口が6万77人ということで、住民登録ということになっておりますが、後でこれの意味についてお話をしたいと思ひます。太平洋側にありまして、ちょうど仙台から1時間ほどの市であります。

次に、東日本大震災の被害状況ということで、南相馬市の特徴としましては、直接津波で亡くなった方も636人ですが、原発事故によります震災関連死ということで513人の方がお亡くなりになりまして、1,149人の方が亡くなっております。

次に、東日本大震災後の区域の設定ということで、原発事故から20キロの警戒区域、それから、30キロ圏内、30キロ圏内以外ということで、3区に分かれまして、これが合併前の市町とちょうど合っているような状況になっております。これが後で御説明をしますが、いろいろなデータにも差が出てきているような状況があります。

次に、住民登録人口と居住人口の推移ですけれども、本来であれば、住民登録人口ということで済むのだと思ひますが、南相馬市の場合は、避難している方と、双葉郡から避難している方と、復興関連で来ている方と、いろいろな方がおりまして、避難や帰還や人口の転入や転出という形で、非常に人口が行ったり来たりしている感じがあります。

それから、右の下に市内居住人口とありまして、実際に市内に住んでいる方で、うち小高区とありますが、平成28年の7月12日に警戒区域が解除になりまして、現在3,497人の方が住んでおりますが、ほぼ半数が高齢者ということになっております。

次に、市内居住人口の震災時と現在の比較ということで、生産年齢人口と年少人口が減少しまして、老年人口が増えているというような状況があります。

次に、南相馬市の高齢者の状況ですけれども、高齢化率が34.1%ということですが、これは住民基本台帳上の数字ですので、実際に居住ベースになりますと、高齢化率は35.7%という形になっております。また、65歳以上がいる世帯数、高齢者世帯数は増加傾向にあります。

次に、介護保険の認定率ですけれども、市全体としては16.4%ですので、全国や福島県と比較しますと低い状況ですが、これが区ごとに見てみますと、小高区が20.1%、鹿島区というところは30キロ圏外の地区なのですが、この地区と原町区が低い状態にありました。

小高区が20.1%と認定率が高い要因としましては、やはり震災の影響で家族がばらばらに避難をしてしまつて核家族化が進んだために、家族の機能が低下したために、制度に頼らざるを得なくなったということも想定されております。

また、細かく見てみますと、小高区は軽度者の方が多く、鹿島区が重度者の方が多いという傾向があります。ですので、小高区の方は、早くからサービスを入れているという状況があります。

次に、要介護認定者数の推移につきましては、震災前から比べますとふえておりますが、これについては、御参照ください。軽度者の方が増えているような状況にあります。

高齢者福祉の状況ということで、介護施設につきましては、震災後、増床した施設がありますが、実際、スタッフ不足によりまして、全部稼働できていないような状況にあります。

次に、居宅系サービスにおきましても、震災前と比べますと増加傾向にはありますが、特にデイサービスが非常にふえておりまして、地域密着型の小規模の事業所等も増えている状況です。

医療系につきましても、震災前、震災後ということで、御参照いただけたらと思います。

次に、昨年度、復興総合計画後期基本計画というものを策定いたしました。実は、昨年の1月に市長選がありまして、その市長の公約の中に、全ての市民を巻き込み健康づくりの運動を展開し、健康寿命を延ばしますという公約がありましたので、この復興総合計画におきましても、健康づくりということがキーワードとして挙げられております。重点戦略として「健康づくりが盛んなまち」ということが掲げられております。

重点戦略ということで「健康づくりが盛んなまち」ということで、全世代による健康づくりということが挙げられております。余談ですけれども、主な取り組み方針の中に「子どもの遊び場の整備」とありますが、震災後、子供の肥満が非常に増えまして、その解消のために遊び場を整備するといったことも施策としてあります。

次に、保健事業及び介護予防に関する計画の体系図ということで、復興総合計画後期基本計画にあわせまして、高齢者福祉計画・介護保険事業計画、保健計画、データヘルス計画があります。また、市長の公約に基づきまして、健康づくりアクションプランを現在策定中で、庁内連携をした、市を挙げて健康づくりの取り組みを行うこととなっております。

次に、市の体制につきましては、健康づくり・介護予防に関する所管課について記載をしております。保健事業に関する担当課は健康づくり課ということで、健康推進係というところが担当をしております。保健師は全部で23名おりますが、健康づくり、高齢者部門、子供の部門に分かれております。長寿福祉課の地域包括ケアシステム推進係が介護予防について取り組んでおりますが、この中に保健師2名と作業療法士1名がおります。

また、国民健康保険、後期高齢者関係、それから、スポーツ推進係ということで、部が違っておりまして、このアクションプランを通じて庁内連携が図れていけたらというところを考えております。

前回の会議でもお話ししましたがけれども、健康づくり課と長寿福祉課でいろいろな事業をやっておりますが、目標が共有できていない。それから、それぞれの事業が縦割りの状況になっておりましたので、その目的を共有化するためにつくった資料であります。

生活習慣予防、介護予防が、将来的には健康寿命の延伸、生活の質の向上につながるということを職員が意識をしながら各事業を進めていく必要があるかと思っております。どうしても事業をやっておりますと埋もれてしまいますので、こういった形で体系的につくった資料

であります。

次に、年代別の体系図ということで、こういった形で各年代がつながっているのだということを職員共有のためにつくった資料であります。

次に、介護予防に関する事業について若干御紹介をしたいと思います。健康づくり・生きがいくりということで、老人クラブへの支援、シルバー人材センターは全国的にも行われているかと思えます。

現在、地域介護予防活動支援事業（週1サロン）、それから、筋力向上トレーニング事業、認知症施策について力を入れているところであります。

次に、地域介護予防活動支援事業（週1サロン）について御説明をしたいと思います。この内容は、DVDを使った体操や体力測定、ミニ講話ということで、集会場単位で実施しております。これは、ポイントとしましては、住民主体であること、それから、その地域に運営をしてくれるサポーターを養成すること、身近な場所での開催、定期的な体力測定でモチベーションを維持しているような状況です。

現在、市内で20カ所実施しておりますが、7カ所で検討中であります。市のかかわりとして、未実施地区への働きかけということで、一応、国が掲げております目標としまして、高齢者人口の1割以上の参加を目的にということで、2026年度までには50カ所の設置を目的にやっております。

実際、去年各行政区の区長さんにこういったものをやりませんかという通知を出しましたら、結構レスポンスがよく、ぜひうちでもやってほしいというような声が上がってきておまして、かなり需要としてはあるのだと思えます。各地区、高齢化が進んで、何とかしなければいけないという思いの方が多くなっているのではないかと思います。

市としましては、立ち上げ時の支援や体験会を行ったり、サポーターの養成、運営についての助言、講話の手配、体力測定等を行っております。

ここに実際やっているところの写真を掲載してありますが、実はこの地区は警戒区域にあった地域で、本当に全員避難していた方です。その方たちが戻ってきまして、この地域で何とかしたいということでやり始めたサロンであります。

実際、今、この地区には25世帯51人しか住んでおりません。そのうち33人が高齢者なので、高齢化率は64.7%という地区ですが、みんなで助け合って何とかしていこうという地区であります。

体力測定なども、本当に自分たちがやれること、記録だったり、そういったことも自分たちでやるようにしております。今年度から実施地区もふえましたので、体力測定については、民間の事業所に委託しております。

課題としましては、実施する地区をふやしていきたいということで、実施するにはその地区にリーダーシップをとれる人、それから、皆さんが集まれる場所が必要となっております。あとは、女性の参加者がほとんどで、身近な場所でも関心のない人は来ないという課題があります。

筋力向上トレーニング事業ということもやっておりまして、老人福祉センターで機械を使ったトレーニングということでやっております。実際に1回の定員が12名で2グループをやっておりまして、3カ月間実施をするということです。体力測定の結果、ほとんどの方が改善している状況がありますが、これにつきましては、この教室で改善された維持機能、それから、フォローアップということが課題となっております。実際、この中で仲間ができてきて、自分たちで自主グループでフォローアップの団体を作ったりなどをしているところもあります。

地域包括センターとの連携としましては、介護保険に該当しない方をこちらの教室に紹介していただくということがあります。それから、実施後の結果をフィードバックしているというような状況にあります。

課題としましては、市の方針としまして「健康づくりが盛んなまち」として位置づけられましたので、市としても取り組んでいく。それから、現場レベルの課題としましては、庁内関係課において、実施している事業の全体像や一連の流れが共有できていないということがあります。昨年度から試みはしてはいるのですが、実際、本当に健康に関する関係課が共有できているかということ、共有できていない。あとは、それぞれがいいデータを持っているのだけれども、それを共有できていないということもあります。

それから、ほかの部署が実施している事業や制度がよくわからないということがあります。サービスを受けている住民は一緒でありながら、類似の事業で重複している可能性があります。

これらにつきましては、市の方針に基づき、関係課において目的や情報を共有する必要がある。それから、データを活用し、エビデンスに基づいた事業を展開する必要があるということです。実際、スタッフが体力測定をするのはいいのだけれども、蓄積したデータをどうやってまとめて、また住民の方に還元していったらいいのかということ非常に悩んでおりまして、そういったことができていくといいなと思っております。

以上です。

○班長 ありがとうございます。

具体的な事業と、それをどう変えていきたいかなどについてお話をいただきました。

最後に、北海道札幌市、よろしくお願いたします。

○構成員 札幌市でございます。

私からは、1枚目にあるとおり、保健事業と介護予防の一体的実施に向けた口腔の取組について、札幌市の立場として札幌市の取組みの御説明もさせていただきますが、口腔全般の御配慮、御留意いただきたい点等、少しほかの自治体の事例や調査研究も含めて御説明をさせていただきたいと考えております。

次のスライドですが、まず、高齢者の介護予防をしっかりとやっていく上で社会参加が非常に重要であると謳われていて、今の国の介護予防事業でも社会参加をしっかりと果たしていく、通いの場をしっかりと地域につくっていくという展開がなされているところです。

口腔の問題についても、もちろん直接的に栄養にかかわるといえるのは非常にイメージがしやすいですけれども、栄養だけではなくて、社会参加そのものに影響を与える可能性があるとする調査研究もいろいろ出てきておりますので、最初に御説明させていただきたいと思っております。

左側のグラフについては、先ほどもお話のあったJAGES研究の一環で実施された高齢者の歯の本数と入れ歯のありなしと閉じこもりの状況を、4年間の追跡コホートで追った研究でございます。特に65歳から74歳の前期高齢者を対象としたデータですけれども、口の中の状態が悪いことで閉じこもりのリスクが1.8倍になるというようなデータ、相関が証明をされています。

これの原因ですけれども、右側の写真、適切な歯科治療を行うことで高齢者の顔貌、発音などの影響はかなりあると思っております。特に女性は口元が少しでも歯がなかったり、少し歯が欠けていたりすると、外出を阻害する要因になったりする。実際、左側の写真と右側の写真を見ても、かなり印象としては変わります。こういった歯科の医療的な側面も、高齢者の社会参加を促進する上で非常に重要だと考えております。

次のスライドですが、上は運動機能と咬合支持です。運動機能は特に転倒リスクですけれども、相関が証明されているところです。仮説としては、かみ合わせがしっかりしていないと、ふらっとしたときに踏ん張りがきかない。それで転倒がふえるリスクがあるのだらうと言われております。高齢者の外出そのものへの影響、それと、私どもがやろうとしている体操等の介護予防活動の効果そのものを低減するリスクもあるのだらうと思っております。

下は低栄養リスクと咬合支持の関係で、口の中の状態が悪いと栄養状態も悪くなる。カロリーというよりは食物摂取の種類が減ってしまう。野菜とか肉類とか、少しかための食品摂取が減ることによって栄養バランスが悪くなって、全身状態が悪くなるということが証明をされているところです。

次のスライドですけれども、トータルをすると、歯科疾患や歯牙の喪失による審美的な問題そのものが、高齢者の社会参加を阻害する可能性があるのだらうと思っております。

それから、咬合支持の喪失が運動機能に影響を及ぼして、高齢者の外出や体操等の介護予防活動の効果そのものを低減させる可能性もあります。

さらに、咀嚼機能の喪失が、栄養バランスのとれた食生活を阻害して、低栄養状態を招いて、全身状態に悪影響を及ぼす可能性があるということです。

そうしますと、口腔の健康維持というのは、高齢者の社会参加を促して、要介護状態に移行させないための必要条件の一つなののだらうと思っております。必要条件であるならば、私どもこの取り組みは、全ての地域の高齢者を対象として、高齢者の方々が口腔の健康維持の重要性を理解いただいて、必要な保健行動、口腔のセルフケアですとか、口腔の機能訓練ですとか、歯科医療へのアクセスをとれるためのサポートをいかにしていくことができるかという視点で考えなければならぬとは考えています。

次のスライドになりますが、こちらのほうは高齢者医療課でまとめていただいた今回の

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施についての方向性のイメージ図になります。ここに歯科、特に実際にコ・メディカルでかかわるのは歯科衛生士が多いと思いますが、通いの場で歯科衛生士にどのような活躍をしていただくか。それと、今回の有識者会議の報告書の中でも、市町村の配置職種として、保健師、管理栄養士、歯科衛生士ということで記載をしていただきましたが、このコーディネーターですかプランニングの役割として歯科衛生士にどのような役割を担わせるべきか。

あと、今の保健事業のガイドラインには、重症化予防のアウトリーチの記載もありますが、歯科衛生士を活用したアウトリーチに関する記載は余りないという状況でございますので、このあたりももう少し補足説明をさせていただければと思います。

次のスライドになります。高齢者の通いの場における歯科衛生士の活用のイメージとしては、大きく3点あると思っています。1点目は、この口腔の健康を守るための健康教育の場としての活用。先ほども御説明したような口腔の健康の重要性、歯科疾患が生活に及ぼす悪影響、セルフケアの技術を学ぶ機会として活用する。地域の高齢者の皆さんに必要な知識や技術を習得いただくことが目標なので、できるだけ多くの通いの場にどれだけ歯科衛生士を派遣できるかが重要だと思います。

2点目ですが、口腔の機能維持のための運動・訓練の場。こちらは先ほどの事例発表の中にも幾つか口腔体操という言葉もありましたが、地域の方々の口腔の訓練という形で、いろいろな口腔体操を普及していますので、これもいかに普及していくか。

3点目ですが、自らの口腔の問題への気づきの場として活用するということが重要だと思います。こちらは既に船橋さんの取り組みですとか、イレブンチェックの中でも口腔の取り組みがございますが、そういったセルフチェック等を活用して、いかに高齢者の方々に口腔の問題に自ら気づいていただくか。

せっかく歯科衛生士を派遣することができるのであれば、歯科衛生士による口腔機能の評価や口腔アセスメントの場として活用することができないか。さらに、歯科医療機関への受診勧奨です。口腔機能のトレーニングや口腔体操も重要ですが、歯科医療もあわせて提供しなければ機能の回復ができない方もいらっしゃいますので、歯科医療へのアクセスの観点から、歯科衛生士による動機づけということもできないかと思っていますところでは。

次から少し事例の説明です。まず、札幌市の取り組みについて御紹介したいと思います。札幌市の介護予防の取り組みについては、全国的にも珍しいのですが、介護予防センターという拠点を設けて展開しているところです。これは地域包括支援センターを補完する機関として、介護予防を集中的にやるセンターを市内の53カ所の設置しております。職員体制としては、保健師と保健福祉職を1名配置ということで展開していったところなのですが、最近、この介護予防事業を少し強化ということで、53カ所のうち34カ所はさらにもう1名増員をして、2名体制で、特に介護予防の通いの場づくり、住民主体の通いの場づくりのために職員を増員して取り組んでいる状況です。

次のスライドになりますが、この住民主体の通いの場を特に地域で積極的に起こしてい

く。さらにこの通いの場に専門職を派遣して、より効果的な中身になるように、これは昨年度からの比較的新しい事業ですが、展開しているところです。具体的には、地域の高齢者の通いの場にリハ職、歯科職、それと栄養士さん、3職種を派遣するという事業展開になっています。今のところ、プログラムの中身は運動機能をしっかりやる中身になっていて、歯科部分と栄養部分は動機づけという形で、回数は1回か2回取り入れる形でやっています。

次のスライドになりますが、歯科の取り組みは、主に健康教育もあわせてやるのですが、下のほうの写真をごらんいただければと思います。写真が小さくて恐縮ですが、健康教育だけではなくて、少し高齢者が楽しめるようなプログラムとして、口腔機能を使ったゲームもやっています。これは机の上におもちゃの1万円札がたくさん並んでいて、ストローで吸う。ストローで1万円札を集めていただいて何万円稼ぐことができるかというゲームで、大変盛り上がります。

あと、口腔の取り組みなので、替え歌とか、楽しいプログラムも展開できて、口腔の取り組みというのは非常に高齢者の通いの場とフィットするプログラムの展開ができます。

この事業を展開にするに当たっては、右下にありますますが、歯科衛生士会に委託してやっていますが、歯科衛生士会の方でマニュアルを作って、会員向けの研修会もやって、50人ぐらいの歯科衛生士をトレーニングして派遣できる体制になっています。昨年度から始めたばかりの事業なので、実績としては、昨年20カ所ぐらいの通いの場に派遣をしているところで、今年度、さらに派遣カ所数を増やしていくという計画になっています。

次のスライドになりますが、今度は高知市、有名ないきいき百歳体操の高知市での口腔の取り組みです。いきいき百歳体操は非常に有名ですが、口腔のかみかみ百歳体操もあわせて普及をしていて、この普及のために、高知市では、この介護予防事業の所管課に歯科衛生士を、非常勤ですけれども1名配置しています。その非常勤の歯科衛生士が、この住民主体のいきいき百歳体操をやっている場に行って、かみかみ百歳体操の定着のために3回ぐらい開始時に支援を行う。効果の説明ですとか、参加者の口腔機能チェックですとか、セルフケアのトレーニングをやったりして、3回ぐらい最初に導入時の支援をして、さらに継続支援ということで、3カ月後、6カ月後、1年後、フォローの取り組みをやって、口腔機能のチェックなどをやっています。

右下のグラフになりますけれども、いきいき百歳体操が地域でどんどん普及していているというのは、今日参加されている方も御存じだと思うのですが、ほぼそれに比例して、口腔のかみかみ百歳体操も普及していて、一番新しい30年度のデータだと、いきいき百歳体操は366カ所でやっていますが、かみかみも339カ所ということで、9割以上で口腔の体操もセットでやられている。こちらも非常に地域への普及がしやすい取り組みなのだろうと思います。

次のスライドですが、今回、高齢者の通いの場に歯科衛生士を送り込むことで、既存の介護予防事業ですとか歯科医療機関の連携というものを考えたときには、こういう役割分

担になるのではと整理した図になります。歯科衛生士は通いの場で先ほど説明したようなきっかけづくりという形で関わっていただくことが多いのかなとは思っています。

さらに、口腔機能が低下していて、この人に少し重点的な個人指導が必要だろうという方については、市町村の通所型の介護予防・日常生活支援総合事業の中の口腔機能教室に参加を勧奨したり、地域の歯科医療機関を活用した口腔機能向上サービスということもあり得るのかなとは思っています。

下枠ですが、歯科医療機関による対応です。歯科医療の必要な方にはしっかり歯科医療を提供しなければなりませんし、最近、診療報酬のほうで、口腔機能低下症の方については、診療報酬のほうでもしっかりとした指導ができるようになっておりますので、歯科医療機関との連携は非常に重要だとは思っています。

次のスライドで、金沢市の取り組みですが、介護予防事業として歯科医療機関を活用した指導プログラムを展開している事例になります。介護予防・日常生活支援総合事業の中の通所型サービスC（短期集中予防サービス）の類型で、個別の歯科医院でプログラムを提供している事例になります。今の厚生労働省の介護予防のマニュアルには、主に通所型の教室型の口腔のプログラムが標準的なものとして示されているのですが、地域では歯科医療機関は非常に頼りになる地域資源ですので、介護予防事業において個別の歯科医療機関を活用した展開例も少し考えていいのではないかなとは思っています。

次に、重症化予防の話をしていただきたいと思います。上の図は、先ほどの高齢者医療課のスライドから一部分抜き出したものなのですが、KDBを活用してレセプトデータから地域の課題のある方を市町村が探し出して、保健師や栄養士にアウトリーチしてもらうイメージで書かれています。

これを少し口腔に当てはめると、右下の写真を先にご覧いただきたいと思います。この症例は、脳卒中の方になります。入退院時の連携などがうまくいかなかった症例のようで、左側は最初の状態なのですが、脳卒中で麻痺が残ると自分で歯磨きができない、セルフケアができない状態になります。家族も口腔ケアに支援いただけない状況になって、放置されてしまった状況です。歯科医療との連携も行われず、2年6カ月後、左側の状況も劣悪な状況ではありますが、まだ歯はそれなりに普通の方と同じぐらいの本数が残っていたのが、2年6カ月たつと、ほぼ全ての歯が失われてしまっている、非常に短期間に失われた症例になります。

もしレセプトデータ、KDBを活用してアウトリーチを展開できるならば、左側のオレンジの枠になりますが、これは歯がなくなった症例ですが、左側の写真を見てもらえばわかるとおり、感染症のリスクも非常に高くなっています。恐らく肺炎のリスクも極めて高い状況になっています。こういった方を歯科医師、歯科衛生士のアウトリーチの優先度が高い対象としてピックアップをして、積極的に働きかけをしてアウトリーチをかけるというようにできないかと考えます。

対象者の抽出の具体例としては、脳血管疾患もそうですが、ほかにも類似した状況にな

るようなものとしては、神経難病ですとか、最近、糖尿病と歯周病の関係とかも言われていますので、糖尿病の方へのアウトリーチをもう少し考えていいのではないかと思います。

さらに、レセが使えるのですから、歯科医療機関を受診していない方で要介護3以上の方で、市町村もマンパワーに限りがありますので、市町村の中で優先順位をつけて優先度の高い方にアプローチをかけることができないかと思います。

恐らく肺炎による再入院や肺炎をきっかけとした寝たきりへの移行ということを多少なりとも減らせる効果が期待できるのではないかと思います。

次のスライドになりますが、これは昨年、厚生労働省の医療・介護データの解析基盤に関する有識者会議で、産業医科大学の松田教授に報告していただいたスライドですが、実際にこの医療レセ、介護レセを分析した歯科の介入と肺炎の罹患率を見たものになります。赤字のところですけれども、ハザード比で0.50ということで、歯科につながっていることで肺炎の発症を半減することができるということがレセからもわかる。実際のレセプトデータからも、実際、半減しているというデータになっておりますので、重症化予防は医療費の側面からも語られていますけれども、肺炎で再入院したときの医療費、それから、寝たきりに移行した場合の介護給付費ということを考えると、歯科の介入の優先度、重要性はもう少し考えてもいいのではないかと、そういうデータだと思います。

最後のスライドになりますが、少しまとめでなので手短かに説明していきますが、口腔の健康維持は、栄養摂取だけではなくて、高齢者の社会参加に直接的な影響を及ぼしますので、全ての地域の高齢者がこのオーラルフレイルの予防に必要な知識・技術を身につけることができるように、さまざまな通いの場に積極的に歯科衛生士を派遣してはどうかと思います。

2点目、歯科衛生士の役割は、この通いの場にどういった口腔の地域に受け入れられるプログラムを展開していくかといった企画・評価、歯科医療機関との調整、自主活動グループへの口腔体操の導入支援、先ほどのKDBシステムによるアウトリーチ対象者の抽出といった、少し専門性の高い役割があるのだらうと思いますので、効果的な事業展開を行うためには、事業の雇い上げだけではなくて、この取り組みのコーディネーターとして、市町村に配置、活用してはどうかと考えます。

3点目、重症化予防の取り組みとして、この歯科疾患の重症化ももちろんですが、肺炎の発症率が高い高齢者を把握してアウトリーチをかけ、歯科医療サービスに接続することによって、口腔と全身状態の重症化の予防が期待できるのではないかと思いますので、KDBシステムにおいて、今、栄養と薬のほうの対象者の抽出しやすい帳票はあるのですが、この歯科専門職によるアウトリーチの対象者を比較的容易に抽出できるような仕組みを追加してはどうかと思います。

最後ですが、口腔の健康維持のためには、機能訓練に加えて、歯科医療の提供も非常に重要になりますので、市町村の事業企画に際しては、当初から地域の歯科医師会、歯科衛生士会と共同で企画することが望ましいと考えております。

私からは以上でございます。

○班長 ありがとうございます。

札幌市の取り組みにも触れていただきましたけれども、特に口腔保健における専門職の役割などについてお話をいただきました。

4つの事例、御報告をいただきまして、一体的な実施に向けたそれぞれの狙いとか思いというのがありますし、体制や具体的なメニューについてかなり御報告をいただきました。また、評価についても、まだやれていないけれども、こんな観点で評価していきたいなどのお話もあったかと思えます。

もちろん構成員の方々同士での質問も結構ですし、皆様からもうちょっとこの部分を具体的にとか、または、この事例をもとに解説をしていただくのもいいかと思えますが、御意見をいただきたいと思えます。どなたからでも結構ですが、いかがでしょうか。

では、まず私から口火を切るということで、お伺いしたいと思うのですが、広域連合の取り組みで、構成員から非常にきれいな体制とか新潟市との連携の状況についてお示しいただいて、これは構成員が入られる前から取り組みが始まっていたのか、熱意というのがキーワードだというのはあったのですけれども、市の各関連部局と広域連合とのそもそも関係性がその前からでき始めていたのか、そのあたり、いかがでしょうか。広域連合は人がどんどん代わっていますから、熱意はバトンタッチできるものなのかどうかというのが一つ。

もう一つ、新潟市で始めていますけれども、他市への展開を考えたときに課題となるようなことがあれば教えていただきたいと思えますが、いかがでしょうか。

○構成員 私が昨年広域連合に来たときには、これらの事業は既に始まっており、事業を立ち上げた先輩職員からは保健事業を行う意義を含めて引継ぎを受けました。ご尽力いただいた先輩からお話を聞いて今回資料作成したわけですが、どういった経緯で始め、なぜ必要だったのかを改めて整理ができて良かったです。また、フットワーク軽く関係団体のトップの方にお話を持って行ってくださった局長の活躍もうかがっております。作りました

今後の横展開といいますか、今回御紹介した3事業は全て新潟市だけでやっているのですけれども、そろそろ3年やりましたし、今後は他市への展開も考えておりますが課題もありまして、今の体制で地域を拡大するには委託先はどうするか、受け入れが難しい現状も市町村との打合せで分かっています。ですが、一体化は今後国からも方針が出ますし、市町村もそういうつもりで動いていますので、広域連合と市町村との話し合いの中で、市を巻き込みながら、全て広域連合が中心にならなくても市町村におろしていくというか、市町村ができることをやってもらうのも一つの手だと期待しています。

○班長 ありがとうございます。

データヘルス計画との関係というのを話されたと思うのですが、データヘルス計

画の中で、何年後にはどういう姿になっているとか、広域連合としてのデータヘルス計画で市町村に対するカバー率とか、担当者がかかわっても計画の目標値があることで事業が引き継がれるのではないかと思うのですけれども、やってみて、データヘルス計画はもうちょっと具体的なことまで書いたほうがとか、データヘルス計画の修正とか、計画自体をどうしていくかということについて何かお気づきとかはありますか。

○構成員 当初設定したときは目標値が高くて、実際、何年かやっていて、そこまでは到達していないということもあるので、そういったこともまた修正していかなければいけないかと思えますけれども、まず、計画があることによって、例えば職員が入れかわったとしても、広域連合が見ている方向性はぶれないものと感じています。

○班長 ありがとうございます。

構成員、お願いします。

○構成員 それぞれのお話、大変興味深く聞かせていただきました。質問したいことはたくさんあるのですが、絞り込みまして、船橋市にお伺いします。船橋市の地域包括ケア推進本部は本部長が副市長で、本部員に健康福祉局長と建設局長と所管部長が皆さん入っていらっしゃるという、このように本当の意味での市を挙げた横断組織というものを置けている自治体は、ほかにも余り例が全国ではないと思いますが、これができるのはどうしてなのかというのが率直な質問です。

市長のリーダーシップもあると思うのですが、今日、お話を伺っている中で、もともと在宅医療のもともとのひまわりネットのようなプラットフォームがあったり、あとは千葉大学のような外の資源というか、いろいろな資源がきっと関連してこうなったのかなと考えながら伺っていたのですが、そのあたり、ぜひ示唆をいただけたらと思いました。

○構成員 御質問ありがとうございます。

まず、市長公約といった部分があるのですが、従来のやり方をしても地域包括ケアは進まないだろうといったものが大前提にございました。船橋市は資源が、医師会、歯科医師会、薬剤師会も含めまして、いっぱいあると。かつ、市民の健康意識が高いといったような利点もあるだろうというところで、それであれば、それぞれのそういう資源を行政がしっかりとイニシアチブをとって、一つ一つ実現をしていく。

そして、5つの部会で2025年までのロードマップを全部つくりました。それで、それぞれの事業も全部ロードマップをつくって、進捗管理をしていって、予防部会はこれができるけれども、予防部会のこれを補完するためには生活支援部会のここができていないとだめだよねといったような形で、5つの分野が横断的に事業を評価していくといった取り組みが必要だろうということで、副市長を本部長に据えてやってきているというところでございます。

非常に効果が出ていまして、我関せずという言葉がなくなりつつあるのではないかと、5つの分野が横断的にやっていかないと、地域包括ケアは進んでいかないと、職員の共通認識、共通理解になったところが非常に大きいと思っております。

○班長 関連してですが、そのような組織改革というか、仕事の進め方をしたデメリットはないですか。今までずっと縦割りで仕事をやってきて、それはそれでそれなりの理由があってやっていたと思うのですけれども、大きな変革をして、仕事の流れとか、いろいろ変わったことがあると思うのです。船橋市のような形にするためには、最初からすんなりいっていたのか、何か今までだったらそれができていたけれども、難しい面が出たとか、そういうことはないですか。

○構成員 デメリットは恐らくないと思います。例えば健康政策をつかさどるところに、地域包括ケア推進室というものを最初につくりまして、その後、今は課にはなっているのですが、そういうところの部署を明確にして、そこは基本的には事業を持たない。推進課は事業を持たずに、この地域包括ケアシステムを推進していく際に5つの部会の各課に、常に嫌われ役ではありませんけれども、そういう進捗管理をしながら、予算要求も含めて、しっかりと目を光らせているというところですね。ですから、その中枢となるところは事業を持たずというところですね。そのような形です。船橋市は健康福祉局がございまして、その局の直下に置いているようなイメージを持っていただけると、非常にわかりやすいかなと思います。

○班長 わかりました。何か事業を持っていると、どうしてもそちらに引っ張られることがあるかもしれません。そういう役割分担でうまくいったということなのですね。ありがとうございます。

いかがでしょうか。

構成員、お願いします。

○構成員 ありがとうございます。

1つのコメントと、1つの質問がございまして。まず、コメントとしましては、最後の札幌から御発表がありましたように、レセプトデータから口腔分野に仮題がある方をあぶり出して、特に歯科衛生士さんを活用させてということで、本当に重要な取り組みであると思っています。私自身、今まで全く歯科衛生士さんは近い存在ではなかったのですが、私自身もオーラルフレイル関連で全国の歯科衛生士さんと何年間かご一緒する機会を持ちますと、かなり予防というところにも非常にエネルギッシュかつ知識を持っていらっしゃる、すごい頼りになる職能であり、もっともっと活躍していただきたい職能かなと私は実感しています。何かもう一回頑張っていただける場を用意していただいているのではないかと考えた次第です。

そこに、先ほど地域に出て口腔の取り組みに関するコーディネーター役をとというキーワードをおっしゃっていただいたのですけれども、それこそなるべくお口に対する健康リテラシーを高めさせることにも活躍していただきつつ、同時に、本当に歯科クリニックへの定期受診、メンテナンスとしての定期受診の癖をつけさせるというところも頑張っていたいただきたいなど。

これは実はある自治体の歯科医師会の先生から聞いたのですけれども、住民を調べたら、

かかりつけ歯科医を持っているかどうかを調べてみると9割近い方々が持っていると答えていたそうです。非常に良いデータのように感じますが、実は「いざとなったら行くことの出来る歯科クリニックの診察券を持っている」ということだったとのこと。結局、定期的に通院できていないのだけれども、いざとなったら診察券があるので受診できるという感覚を持っているようです。そうではなくて、80歳代になっても固いお肉が食べられるように、最低年に数回定期的にメンテナンス目的で早目に受診することを癖づけることが重要かなと思います。それがオーラルフレイル概念の目指す方向性でもありますので。そこに歯科衛生士さんに頑張っていただくというのは、すごく期待しております。

それこそ、ちょっと幅が広がってしまう話ですけれども、人間ドックとか、集団健診とか、企業健診とか、そういうところにももうちょっとオーラル口腔機能のチェックが必須項目として含まれても良いのではないかなと思います。それは結局、重要な栄養管理と直接つながる話なので。この会議はそれを管轄する会議ではないと思うのですが、そういう印象を持っています。

最後に質問ですが、例えば新潟市様の動きと船橋市様の共通なのですが、特に新潟県の取り組みは低栄養のお話から始まりました。私は新潟市にも色々やり取りがあり、その中で「地域におけるNutrition Support Team (NST) = 地域NST」という言葉を聞いております。この栄養サポートチームというのは、病院で多職種編成した栄養支援チームが連携を組んで病棟内の低栄養の方々を早目に底上げするという、いわゆる病院発祥の機能です。そこで、地域NSTと聞いたことがありますので、私自身のフレイルチェック活動にそれを連携させようとしているのですが、それをイメージされた活動になっていらっしゃるのかということが最初の質問です。

次なる質問は船橋市様とも関連する話かもしれませんが、低栄養傾向の方は、恐らく口腔機能にも課題を抱えていたり、そういう方は特に多剤併用も含め、多くの医療機関の受診とか、複数の課題を持っている方々がいっぱいいらっしゃると思うのです。そのときに、個々の低栄養対策や運動教室だけではなく、必ず横に潜んでいる他のリスクも配慮して包括的な介入アプローチができ上がっているのでしょうか。逆に、まだまだ運動教室を実施してデータをアップしましたという段階で留まっている状態でしょうか。

結局、より後期高齢者になっていけば、複数のリスクを持っているからこそ、そこに社会的フレイルやオーラルフレイルのように「多面的なフレイル」の重要性が強調されております。各自治体で実施されているどんなプログラムでも、横に併存している他のリスクをどう配慮したり、繋ぐのが重要になります。ある1つのアプローチから始める丸にしても、次へと横に繋がれていくシステムが必要なのではないかなと思います。そのような包括的介入アプローチが先進的な地域で起こり始めているのか、それともなかなか厳しいならば、それがなかなか出来ない障壁（ボトルネック）があれば教えていただきたいというのが御質問であります。

○班長 ありがとうございます。

いかがでしょう。新潟、船橋、またはほかの市町村でも結構です。

お願いします。

○構成員 船橋の本日御紹介をさせていただいた取り組みの中の35ページをごらんいただければと思います。先ほど駆け足で御説明しましたが、船橋市の健康スケールでございます。その項目を見ていただきますと、まず丸1から丸10という項目、これが千葉大学予防医学センターと共同で、いわゆる元気度と3年後の要支援・要介護のリスクの評価をはかる指標になっています。

そして、丸14から丸19が運動機能の低下、丸20から丸22が口腔機能という形で、これは船橋市の医師会の整形外科の先生ですとか、歯科医師会の先生方も入って、リハ職も入って、こういう形の質問項目にまとめました。

これがこれから約7万人を超える高齢者の方に行って、スクリーニングをかけて、それぞれ回答をいただいた方、およそ5万5000人を予定しているのですが、その方々に回答を出すといったところでございます。

運動機能の低下につきましては、これも昨年からモデル事業をやって、事例発表の4にもあるのですが、運動機能の低下者のチェック、ロコモチェックというのを、それぞれ実施場所を市内の介護保険の指定事業所等に行ってやっていただく。ただ、丸20、丸21、丸22につきましては、口腔機能の低下がある方については、この一項目でも該当すれば、いわゆる歯科健診を受けましようとか、船橋市でやっております、口腔機能の低下者の介護予防教室もございますので、そういうところを紹介していくというところで、スクリーニングをかけてから御自身で選択していくところの流れはできているのですが、先ほど構成員から御質問のあった、いわゆるハイリスク、個別の対応の中で横の連携というのは、まだ具体的な政策までは至っておりません。

ただ、医師も歯科医師も、そういう部分についてはかなりその必要性を感じていますので、一例を挙げさせていただきますと、船橋市のCKD対策委員会においては、現在、歯科医師の方々も参加をさせていただいております。いわゆる歯周病と慢性腎臓病との関係ですとか、そういうところで問題意識を共有しているのと、講演会等で一緒に出ていって市民公開講座等もやっているといった状況でございます。しかしながら、まだハイリスクの中で横の連携というところまではいっていないかなと思っております。

○班長 ありがとうございます。

よろしいでしょうか。

ほかにいかがでしょうか。

○構成員 いろいろな事例をお聞かせいただきまして、大変勉強になりました。そうなのだと思うことがとてもありました。

事業の具体的なことになるのですが、御質問を2点ほどさせていただきたいと思います。1つ目は、新潟県さん、新潟市さんのところと札幌市さんのところで、口腔のところで、これは私もアドバイザーを務めております市町村がありまして、時々悩むところなのです。

実際、低栄養から始めまして、口も伴走しないとイケないねということで、歯科衛生士さんを非常勤で雇いましてやっています、とてもいいのです。雰囲気はいいのですが、時々思うことに、今かかわれている内容が、居宅療養管理指導、介護度が3とか以上になっていらっしゃるんですね。正直申し上げて、そこのところの整理をきちりしないと誰にアプローチしていいのか、ちゃんと仁義を通さないといけないところもあって、そうなる動きづらく、実際のところ、歯科衛生士さんは今何をしているのかということ、自立の人で基本チェックリストにかかったような人、その人に介護予防マニュアルですね。あのようなマニュアルを使って訪問していただいていると。それでも相当いい結果は出ているということなので、まず1点目は居宅管理指導とのことをどのようにされているのかということ。

それから、私は栄養士会でほかのいろいろな県に頼まれてお話をしたりするのですが、船橋市さんに先ほど班長がお話しされたデメリットはありませんかという話の続きなのですが、これは非常に多くの自治体から質問を受けるところなのですが、そのように進めていくと非常に効果的ではあるのですが、一方、現場のほうで上がってくる声は、実際に今持っていっぱいいっぱいこの事業をどうするのと。リストラクションがなかなかできない。

恐らく上手に上からお声がかかっていると思われるのですが、現場の保健師とか栄養士ですね。その辺の業務内容、私個人の経験として、自分が市町村に行ったときには持っている事業ですね。私は特定保健指導などを持っていた部署だったので、あればなおいいだろうと思って、どんどん年数が積み重なっていくうちに、つくる様式がこんなふうになってしまった。それを上手にリストラクションして、7つあったのを3つぐらいに絞ってその時間を充てた、業務時間調査を自分の中でとって充てたりした、そういう経験が自分にはあるのですが、船橋市さん、何かその辺、上手な手があればぜひ教えていただきたいということです。2点お願いいたします。

○班長 では、まず札幌市から。

○構成員 居宅療養管理指導なのですけれども、居宅療養管理指導で歯科衛生士が訪問指導できます。栄養士も同じです。ただ、歯科衛生士の居宅療養管理指導は、大前提として、訪問歯科診療に伴う歯科医療後の指導という前提がありますので、まだ歯科医療の介入が入っていないような方に状況を確認したりだとか、保健指導を行う、在宅生活でのアドバイスを行うというような、保健事業として展開をする場合には、居宅療養指導は歯科医師の指示も必要だったりしますので、性格が違います。歯科医師の診察のあるなしに、少し心配な方に訪問をかける、医療の前に展開をするという保健事業としての性格があると思います。

ただ、歯科医師につないで、あとは歯科医師の先生がこういう指導が必要だなということで、居宅療養管理指導で対応されるようになるのであれば、保健事業から医療へのシフトですね。市町村の保健事業ベースから医療につなげていく形になるのだろうとは思いますが。

制度としてのすみ分けは通常の訪問看護ステーションの看護師による指導と市町村の保健師の訪問指導と同じ棲み分けになると思います。そんなところでいいですか。

○構成員 ありがとうございます。

○班長 ありがとうございます。

船橋市さん。

○構成員 非常に難しい御質問になるのですが、まず、私どもとしましては、地域包括ケアシステム、それぞれ5部門で実施していくイメージ図をつくって、実行性のあるものから着手をしていくといったものでございます。やはり地域包括支援センターですとか、特定保健指導ですとか、保健センターの保健師も含めて、現場が疲弊しないといったものが非常に重要だと思います。疲弊すると回るものも回らなくなってしまう部分もあります。本市は直営で地域包括支援センターもありますし、直営で特定保健指導もやっており、そういう部分については必ず職員と連携を図りながらやっています。

そして、業務の優先順位ですね。これを明確にする。今いる人員でできるものに優先順位をつけて、ことしはこの事業からやっていこうといった取り組みをしております。もう一点追加なのですが、今、全ての全国の自治体においては、ワーク・ライフ・バランスを進めておりますので、その実現を大前提にしております。健康づくり課でも効果的・効率的に業務を実施した結果として時間外が減るのだよといった取り組みを職員に植えつけております。

そして、直営だけではなくて、それは委託している、例えば委託先の地域包括支援センターも含めて、そのようなものを大前提にして業務を進めていると考えております。

以上です。

○班長 ありがとうございます。

業務の整理とか優先順位をつけるためには、どんなことがどんなふうになされているのか、一体的に見える化して整理をする作業が非常に重要になるわけですね。ありがとうございます。

○構成員 新潟市と船橋市両方に重なることですが、市町村や広域連合から一番多く聞かれる要望は、保健事業をやりたいと思っているが、人材はどこにいるのですかということです。事例の中で、新潟市が栄養士会に委託しており、現在、栄養士会では、栄養ケア・ステーション等の仕組みができてはいますが、現場においては人材の確保について困っている自治体が非常に多いと感じています。

歯科や運動等、介護予防のためのいろいろなサポーターも養成はされていますが、今、自治体では業務量が多くなったという現状の中で、人材確保について、こういう工夫をしましたとか、こういう仕組みがあったので非常にうまく進みましたとか、あるいは都道府県がこういう対応をしてくれてたとか、工夫やアイデアなどがあったら、ぜひ教えていただきたいと思います。

○班長 いかがでしょうか。

どうぞ。

○構成員 私のところは神奈川県ですが、歯科衛生士さんを雇うに当たってどのようにしようかとかなり悩んだのですが、保健所に頼みまして、保健所には歯科の専門職がいっぱいいますので、その辺の人脈がありまして、非常にいい衛生士さんに2人来ていただいて、第一線でばりばりやっただいていただいている状況です。保健所の活用というのも大事ではないかと思います。

○班長 よろしいですか。どうでしょうか。

お願いします。

○構成員 歯科衛生士の部分については、その辺は私のほうで把握しておりません。例えば介護人材という大きな枠組みで申し上げますと、介護人材を募集する際に、市が主催して人材のこういう施設ではこういう事業をやっているよとかというような説明をする会に、必ず特養とか老健とかに従事している方々に参加していただいて、そのような形のところで人材募集などをやったりはしておりますが、今、お話にあったような横の組織への投げかけとか、そういうところは私の知識不足かもしれませんが、明確な答えは持ち合わせておりません。

○班長 歯科衛生士さんは結構離職率が高いと聞いたことがあります。資格は持っているけれども、お仕事はされていないという方の掘り起こしなども必要になるでしょう。保健師さんもそうですし、リタイアされた後の方の活用など、そういうマンパワーをどうするかも課題としてありそうですね。ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

○構成員 私、現場というよりもデータを使う側で、主にレセプトデータを使って研究をしているのですが、新潟県広域さんに伺いたいのですが、服薬指導ですね。服薬指導はこの一体化の前に高齢者の保健事業のモデル事業の中でも余り人気のないメニューでございまして、いろいろなややこしさがあるからというところはあるのです。その一方で、レセプト分析をすると、対象者は物すごくひっかかってしまうのです。例えば、今回は重複・頻回ということなのですが、多剤処方への指導ということになると、7剤とか10剤とか、平均値が7剤ですので、ポリファーマシーは5剤以上だとかという定義にすると、後期高齢者の半分が対象者で、とてもではないけれども、訪問指導などはできないと。そういう中で、今回の服薬指導の訪問ということで、最終的に44名の方が対象になったということですが、もし仮に680人ぐらいの方、多くの方から希望が来てしまった場合に、マンパワーをどう確保していくのかというのは大きな課題だと思うのです。それが一つ。

あと、服薬指導の中でKDBのデータベースで薬価コード4桁というところかなり幅広く拾ってしまう。ある大きな種類でひっかけてしまうので、どこまで重複しているのかというところはファジーになる。例えば整形外科で定期的に痛み止めのお薬を毎日出されているけれども、一時的に風邪を引いて熱冷ましでということになると、多分ひっかかってしまう可能性があるのですね。7桁までやると、かなり同じ種類、同じ成分の薬に限定され

るのです。

そういったところのテクニカルな問題はKDBではなかなかできないところがあるかもしれないのですが、一つは今後参加者がふえたときのマンパワーの確保をどうするかというお話と、もう一つは、出てきた保健相談をした結果、今回は医師会がここでは入っていませんでしたということですので、薬剤師会と医師会とのつながりをつけることによって、もう少し今後服薬相談の方の結果をかかりつけの先生に返しやすくなるのではないかという気持ちはあるのです。その医師会との連絡、それから、かかりつけ医へのフィードバックのメリット・デメリット、やりやすさということに関して何か印象がありましたら教えてくださいと思います。

○構成員 服薬相談のほうは、抽出者を抽出する基準は結構複雑で専門的であるため薬剤師会の助言に従ったものです。内服薬に絞ったところ、該当者は680人ほどになり、初年度は事業参加率が予測できませんでしたので、2回に分けて優先順位をつけて順番に参加勧奨を行いました。例年、予定人数の50人には届いていないため今のところマンパワー不足の心配はありませんが、現在は新潟市薬剤師会在宅医療委員会の委員の皆様がお昼休みを利用するなどして訪問をしてくださっていますが、限られた人数では限界があること、そして訪問するためのスキルを向上させるためには薬局の薬剤師にも手上げしてもらい、訪問相談をしてくれる人材を募集しています。スキルを身につけるための研修会も今年から始まりました。

○構成員 服薬相談に関する医師会とのやりとり、今回、医師会がかかわっていらっしやらなかったのですね。

○構成員 新潟市医師会には、事業の企画段階から話を持ちかけました。現在も事業の見守りや助言をいただきながら、事業結果についても随時報告し、共有を図っております。

○構成員 どうもありがとうございます。

この服薬の話、糖尿病の重症化もそうなのですけれども、船橋さんもおっしゃいましたが、医師だけでは物理的にサポートできないところをどうやって自治体もしくは広域連合でサポートしていくかという共通の課題だと思うのです。ですけれども、専門職、医師会とのやりとりはなかなかいろいろなところで困難を感じているところがあると思いますので、今回お話を聞かせていただいて参考になりました。どうもありがとうございます。

○班長 どうもありがとうございました。

何かありますか。

○構成員 いろいろな事例、とても勉強になりました。

その中で今回の一体的な実施の中では、広域連合の役割とその委託を受けて自治体を実施するというような、そういうスキームをイメージして今までずっと周知されてきていると思うのです。その中で、新潟の広域連合の場合は、市が絡んでいますけれども、実際には広域連合がほとんどいろいろな動きをされているという形だったと思います。また、船

橋市さんと南相馬市さん、札幌市さんは、特に中核市、政令市と大きいところは御自分のところで完結できるという要素もあると思うのです。

そういう中で、広域連合と市町村の高齢者の事業に対するかかわり方の整理みたいなところが、例えば船橋市さんとか札幌市さんのようなところは、全く広域連合との連携とかはなくてもできるという状況かと感じたのですけれども、実際にはそういう国が示している体制づくりに対する御意見などがありますでしょうか。船橋市さんと札幌市さんにお尋ねしたいのです。

○構成員 まず、先ほど来、お話に出ておりました後期高齢者医療制度のそれぞれ都道府県がつくったデータヘルス計画、まずはこれを委託する側もどう実現していくかというのは大切だと思うのです。ですから、委託を受ける際でも、その部分については、広域連合と十分なヒアリングが必要になってくるのかなと思います。

そして、さらにそれを実現する中で、船橋の持っているポテンシャルですとか、そういうものを生かしながら、どのようにやれば効果的、効率的に、そして、結果を出せるかといった部分につきましては、しっかりとヒアリングをやる必要があるのかなと思っております。

○構成員 今日、札幌市の取り組みとして御説明させていただいたのは、介護予防の枠組みの中でやっていた部分の話になります。今、目指している保健事業と介護予防の一体化の方向性と考えていたことが似ていたものですから、御報告したのです。

ただ、介護予防事業の枠組みの中でやるというとまだ少し足りない部分があって、今日、私が特に追加で補足したのは、なかなか市町村の介護保険部局とか高齢の部局に、先ほど保健所には歯科衛生士がいるけれども、うちにはいないみたいな話があったように、保健師や栄養士に比べて行政の歯科技術職員の配置の割合は少し低い状況です。そんな中、今回保健師、管理栄養士と、歯科衛生士も含めて事業のコーディネーター役という形で市町村に配置する可能性を報告書で示していただいたわけです。今回、この一体的な取り組みの中で、介護のセクションでやるのか保健のセクションでやるのかというのもまた話は別ですが、いずれにしてもこの取り組みをやる部署に、正職員はなかなか難しいのでしょけれども、非常勤という形で企画立案する側に歯科衛生士が入るという形を、少し広域連合さんにバックアップいただけると大変ありがたいと思っています。

あと、先ほど私が説明したように、データ分析ですとか、対象者の抽出ですとか、いかに事業の評価をしていくかというところで、市町村の現場は結構皆さん忙しくて、データ分析までやる余裕はありませんといった雰囲気があります。その点、都道府県単位の広域連合でデータ分析をやっていただければ、県平均や市町村間比較ですとか、そういうところも含めてやっていただければ、非常に市町村の事業評価はしやすいのだろうとは思いますが。

あと、広域連合さんから被保険者の方々のいろいろな啓発とか、そういった取り組みもやられているでしょうから、あわせてこういった介護予防的な保健事業の取り組みについ

ても、県民、市民に啓発を広域連合さんとしてやっていただけると大変ありがたいですし、連合会さんにはぜひKDBのシステムの充実を引き続きお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

○構成員 どうもありがとうございました。

その辺が整理されてくると、役割分担とか棲み分けのところがとてもわかりやすくなるのかなということでお聞きしておりました。

今の質問とはまた切り口が違うのですけれども、特に札幌市さんの歯科に対する、口腔内に対するかかわり方というのが、なかなかその辺が要介護度のある人だけが割とターゲットになっていたが多かったと思うので、予防的な視点の活動がとても参考になるかなと思いました。ありがとうございました。

○班長 どうもありがとうございました。

今、電気が切れたように、予定の時間になってしまいました。構成員の皆様からは具体的な取り組みのお話や課題なども御披露いただきましたし、積極的な御質問、コメントをいただけたと思います。

本当は事務局からも何か御質問とか確認されたいことをお聞きしたいと思っていたのですけれども、それは次回に回してもよろしいでしょうか。

本日、たくさんの御意見をいただきまして、具体的に進めていくための、また一つの情報を得られたと思っております。

次回も自治体及び関係団体のヒアリングを行う予定としております。

次回の日程等について、事務局よりお願いいたします。

○事務局でございます。

次回につきましては、6月12日、金曜日、10時から、場所が変わりまして、厚生労働省内ではございますが、21階の専用第13会議室、ここより半分ぐらいで窮屈な形になって恐縮でございますが、そちらで開催させていただきますので、よろしくお願いいたします。

今までどうもありがとうございました。

○班長 それでは、本日はこれで閉会といたしたいと思っております。どうもありがとうございました。